

THÈSE

458

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

Lucien MONTAGNE

Né le 30 novembre 1903, à Liévin (Pas de Calais)

Contribution à l'étude des Causes et de la Thérapeutique Prophylactique des Accouchements prématurés

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

Lucien MONTAGNE

Né le 30 novembre 1903, à Liévin (Pas de Calais)

Contribution à l'étude des Causes et de la Thérapeutique Prophylactique des Accouchements prématurés

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931



LE DOYEN M BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIÈRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N. LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÈRE.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâ
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expériment
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphi
	graphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
USQUET	Pharmacologie.
UÉNIOT	Obstétrique.
QUEUX	Obstétrique.
EVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
EMELIN	Histologie.
IMMERN	Physique.

V. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
GLAVE	Clinique chirurgicale.
UVRAY	Clinique chirurgicale.
HEVASSU	Clinique chirurgicale.
IGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
E LORIER	Clinique obstétricale.
ÉRI	Clinique médicale.
OCQUOT	Clinique chirurgicale.
ROUST	Clinique chirurgicale.
CHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
AUCLAIRE, prof ^r	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
REY	
HAILEY-BERT	Stomatologie.
EDOUX-LEBARD	Education physique.
EILL HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*Témoignage de mon amour filial et
de ma reconnaissance.*

A MON FRERE

LE DOCTEUR JEAN MONTAGNE

Ancien Interne des hôpitaux de Montpellier

A MON FRERE

PAUL MONTAGNE

Interne à la Maternité de Saint-Maurice

A MONSIEUR ET MADAME J.-C. LEVI

de New-York

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
à la Clinique Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de profond respect et de
reconnaissance pour la bienveillance avec
laquelle il nous a accueilli.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BENOISTE PILLOIRE

Médecin chef du Sanatorium de Kerpape (Morbihan)

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous avons essayé, en nous fondant sur les documents réunis à la clinique Baudelocque, dans le service du Professeur Couvelaire, de préciser le degré de fréquence des accouchements prématurés, leurs principales causes, leur importance relative, et d'en résumer enfin les principales indications thérapeutiques.

Nous tenons à manifester notre respectueuse reconnaissance au Professeur Couvelaire, qui nous a permis d'utiliser les observations recueillies dans son service pendant une période de cinq années.

EXPOSE DU SUJET

PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS

Avant d'aborder l'étude thérapeutique des accouchements prématurés, il convient de préciser dans quelles conditions ils se produisent, quels facteurs les déterminent et ainsi d'en faire une analyse étiologique complète.

Mais tout d'abord, il est bon d'apprécier l'importance relative des accouchements prématurés en pathologie obstétricale. Et rien ne saurait mieux en rendre compte que l'étude statistique des accouchements prématurés à la Clinique Baudelocque pendant une période suffisante.

Si l'on envisage d'abord l'intervalle des années 1914-1918, on trouve dans un tableau dressé par le Professeur Pinard (*Revue d'hyg. et de Ph. sanitaire*, 1x, L, N° 5, nov. 1918, p. 649) (reporté in thèse Vrigny Baudelocque 1919).

Les résultats suivants :

STATISTIQUE : 1914-1918 BAUDELOQUE

P. 23 Thèse Vrigny 1919

NAISSANCES :	13-14		14-15		15-16		16-17		18	
	°/o		°/o		°/o		°/o		°/o	
à terme :	483 :	33.43	795 :	66.4	700 :	54.71	889 :	56.2	658 :	50.10
avant terme :										
9 ^e mois :	672 :	47.9	521 :	36.82	425 :	33.26	521 :	32.95	460 :	35
8 ^e mois :	162 :	11.54	70 :	5.	112 :	8.76	82 :	5.20	107 :	8.15
7 ^e mois :	60 :	4.28	23 :	1.64	40 :	3.14	64 :	4.	38 :	4.45
6 ^e mois :	26 :	1.85	2 :	0.14	1 :	0.08	26 :	1.65	20 :	2.30
Accouchements :	1.403 :	100	1.415 :	100	1.278 :	100	1.582 :	100	1.313 :	100

D'après cette statistique et d'autres qui la confirment :

« La moitié à peine des enfants naissent à terme »

Il faut noter cependant que le gros pourcentage de cette statistique porte surtout sur le neuvième mois.

Comme il est souvent difficile d'évaluer le terme exact à quinze jours près, il est vraisemblable qu'il y a là une cause d'erreur par excès.

Si en effet nous étudions les chiffres comparés des naissances et des accouchements prématurés à la Clinique Baudelocque de 1921 à 1925, en considérant comme prématurés les enfants de moins de 2.500 grammes, on trouve une proportion notablement plus faible :

	Terme	Prématurés
1921	2.097	272
1922	1.669	192
1923	1.711	194
1924	1.885	226
1925	2.249	246
1926	2.613	318
	12.224	1.448

Soit : 11,84 %.

Mais il ne faut pas accepter non plus sans réserves le seul critère pondéral pour présumer de la prématuration.

D'une part en effet, il comporte comme cause d'erreur la possibilité d'enfants nés à terme, mais avec un poids inférieur à la normale.

D'autre part, et pour une proportion sans doute plus importante, le chiffre de 2.500 grammes néglige nécessairement un certain nombre de prématurés, dont les poids

s'étagent entre 2.500 et 3.000 grammes d'où une cause non négligeable d'erreurs par défaut.

On doit donc prendre comme proportion de naissances prématurées un chiffre intermédiaire à ces deux pourcentages extrêmes.

PREMIÈRE PARTIE

CAUSES D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Abordons maintenant l'étude étiologique des accouchements prématurés :

Dès l'abord, une question se pose, celle *des accouchements prématurés provoqués* et de leur valeur thérapeutique.

Inauguré par Stolz en 1830, dans le but de réaliser une prophylaxie des dystocies par disproportion fœto pelvienne, l'accouchement prématuré provoqué fut pratiqué largement dès 1875 par Tarnier, Budin et leurs élèves.

Vers cette époque, les statistiques de Pinard (1871), puis de Bar (1900) mettent en évidence l'importance de la mortalité fœtale immédiate et secondaire due à cette conception thérapeutique.

La généralisation de la pratique des opérations césariennes est d'autre part venue réduire considérablement les indications de l'accouchement prématuré provoqué, en particulier en ce qui concerne les dystocies pelviennes.

Aussi l'interruption artificielle de la grossesse ne connaît-elle plus que des indications pour ainsi dire de nécessité : interruptions pour infections ou intoxications graves.

Aussi allons-nous envisager à peu près exclusivement les *accouchements prématurés spontanés* :

Comment évaluer et classer les diverses causes de ces accouchements prématurés?

Devraigne (Leç. Baudelocque 1925) oppose deux catégories de prématurés bien différentes :

D'une part : les enfants qui naissent avant terme *accidentellement* d'une mère et d'un père bien portants. L'enfant est sain. Ce sont, dit Devraigne : « les prématurés de bonne qualité ».

D'autre part les enfants de parents malades. Ce sont les prématurés congénitalement malades.

De plus, l'étude des causes des accouchements prématurés permet de distinguer dès l'abord deux ordres de faits essentiellement différents :

En premier lieu l'ensemble des cas où l'accouchement prématuré est, en principe, souhaitable pour la mère, parce qu'il réalise une véritable thérapeutique spontanée :

D'abord les femmes malades qui deviennent enceintes et chez qui la grossesse constitue un phénomène aggravant : tel par exemple le cas des cardiaques graves.

Ensuite les femmes chez qui la grossesse s'accompagne de troubles qu'elle entretient et qu'elle aggrave : ainsi les pyélonéphrites graves — les albuminuries gravidiques irréductibles.

Un second groupe est tout différent : c'est celui des femmes saines qui accouchent prématurément par fatigue, par accident, à la suite d'une cause locale, et chez qui tout doit être mis en œuvre pour éviter l'accouchement prématuré.

L'analyse étiologique des accouchements prématurés permet de classer ces causes sous plusieurs chefs différents :

Considérons d'abord la série des causes locales :

les unes tiennent à l'œuf lui-même.

Œuf mal greffé :

endométrite,

insertion basse du placenta (qui peut être elle-même une conséquence de l'endométrite).

Œuf trop volumineux :

grossesse gémellaire,

hydramnios.

En troisième lieu viennent les causes locales d'origine utérine :

fibromes,

malformations utérines : utérus bicorne, utérus double, rétro-déviation partiellement irréductible.

Enfin les causes juxta-utérines : kystes de l'ovaire.

Mais à côté de ces causes locales existent des causes générales : et parmi elles il faut considérer en premier lieu le groupe des accouchements d'origine « traumatique ».

Les accouchements prématurés par fatigue, chez les femmes qui sont handicapées par un manque de précautions générales, par une hygiène de la grossesse déficiente, par le surmenage ; et nous verrons l'importance sociale de ces facteurs.

Les accouchements prématurés à la suite de traumatismes, d'accidents divers. Vient ensuite le groupe des causes générales pathologiques :

D'abord celles qui préexistent à la grossesse :

En premier lieu, il faut insister sur le rôle de la syphilis acquise et héréditaire.

Si son rôle est parfois évident, il faudra toujours la rechercher systématiquement chaque fois qu'il n'y aura ni cause générale nette ni cause locale.

Bien plus, il faudra la soupçonner et la chercher devant

certaines altérations locales dont elle est souvent responsable : l'excès de liquide en particulier.

Enfin, c'est elle qu'il faudra soupçonner au premier chef dans tous les cas classiquement qualifiés d'accouchements prématurés habituels ou récidivants.

Signalons en particulier qu'en pareil cas, on ne peut tenir compte au cours de la grossesse d'une réaction sérologique négative pour éliminer la syphilis.

Après cette cause, et d'importance moindre, entrent dans ce cadre une série d'affections générales :

Les unes chroniques : les cardiopathies, la tuberculose, le diabète, la néphrite chronique.

Les autres aiguës : grippe, fièvre typhoïde, pyélonéphrites, etc.. Enfin il faut envisager les causes d'accouchement prématuré qui apparaissent pendant la grossesse et sont liées à son existence :

Les albumineries gravidiques.

DEUXIÈME PARTIE

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Cette analyse étiologique va nous permettre en effet d'étudier séparément la thérapeutique par chacune des catégories établies :

1° Traitement au cours des suites de couches : nous n'insisterons pas sur le traitement immédiat au cours des suites de couches des femmes ayant accouché prématurément.

C'est le traitement banal; qui ne présente rien de spécial.

Comme il s'agit souvent de femmes débilitées, peut-être présentent-elles une moindre résistance à l'infection, mais d'autre part on a rarement à intervenir au cours de ces accouchements avant terme de sorte que les chances d'infections sont moindres.

Il est évidemment des cas pathologiques où s'impose une thérapeutique spéciale pendant les suites de couches.

Nous y reviendrons pour chacune de ces causes.

En effet tout l'intérêt de la thérapeutique est d'essayer de prévenir l'accouchement prématuré au cours d'une grossesse où on a des raisons de le craindre et surtout d'essayer de prévenir la récurrence d'accouchements prématurés.

2 Traitement prophylactique :

Envisageons d'abord les cas physiologiques :

Le rôle de la fatigue comme facteur d'accouchement prématuré :

C'est à Pinard que revient le mérite d'avoir montré toute l'importance du surmenage comme facteur de naissances prématurées.

« Le surmenage, dit-il, est une des causes les plus fréquentes de prématuration ».

« La gestation est plus longue de vingt jours chez les femmes qui se sont reposées que chez celles qui ne l'ont pu » (thèse cl. Baudelocque, 1918).

« Sous l'influence du repos, la durée de la gestation est plus longue que chez les femmes qui travaillent et le poids des enfants est plus considérable, en même temps que leur développement est plus complet » (Levy Solal).

C'est ce que montrent bien les chiffres recueillis dans la thèse de Bachimont (Cl. Baudelocque, 1898).

Enfin, les statistiques comparatives établies par Pinard pendant la guerre :

Comparaison des enfants nés pendant la première année de la guerre (femmes en chômage forcé) et de ceux nés pendant la troisième année (femmes ouvrières d'usine).

Comparaison des enfants nés de femmes arrivant pour accoucher de l'asile de l'avenue du Maine ou arrivant de chez elles sans s'être reposées.

Ces statistiques montrent bien qu'on doit attendre du surmenage de la femme en état de gestation, les effets les plus nuisibles sur le développement intra-utérin de l'enfant.

Est-il besoin d'insister sur l'importance sociale d'un pareil facteur d'altération de la natalité et sur la nécessité d'y apporter des remèdes légaux.

Aussi Pinard au congrès d'hygiène et de démographie de 1890, après l'étude de la fréquence et des causes de naissances prématurées a-t-il proposé et fait noter le vœu suivant :

« Toute femme salariée a droit au repos pendant les derniers mois de la grossesse ».

C'est à la suite de ce vœu que s'est développée toute la législation de protection sociale de la femme enceinte.

Si on envisage ensuite les cas pathologiques, on peut les distinguer en trois catégories :

Dans la première, il s'agit d'une grossesse pathologique chez une femme malade, le traitement doit s'efforcer d'améliorer la femme et de lutter contre la tare de l'œuf.

Une cause domine tout d'abord par son importance, tant à cause de sa fréquence que de l'efficacité du traitement qu'on peut lui opposer : la syphilis.

On ne saurait évidemment méconnaître l'importance de la syphilis comme cause d'accouchements prématurés.

Il faut noter cependant qu'elle cause plus d'avortements que d'accouchements prématurés proprement dits. Et d'autre part qu'elle ne provoque nombre d'avortements et d'accouchements prématurés que par effet second, parce qu'elle a tué l'enfant in utero; elle provoque des accouchements avant terme de fœtus macérés, « la syphilis, dit le Professeur Couvelaire, est avant tout fœticide ».

Il faut d'ailleurs à ce point de vue distinguer entre les syphilis et en particulier tenir grand compte de la notion de date de la contamination.

Il est classique d'insister sur ce fait que la syphilis présente à la longue une atténuation de virulence spontanée.

On peut suivre en particulier cette évolution sur ces cas où une femme après avoir présenté des avortements,

des rétentions fœtales, finit par accoucher d'enfants vivants, puis viables, de plus en plus rapprochés du terme.

Mais au point de vue du sort des produits de conception un deuxième élément capital est à considérer : l'effet du traitement.

Rien n'est plus suggestif à ce sujet que de considérer la proportion d'avortements, de rétention, d'accouchements prématurés et d'enfants à terme pour des cas de syphilis non traitée et de syphilis traitée par une même période.

Le tableau suivant a été dressé d'après les cas d'accouchements de syphilitiques à la Clinique Baudelocque pendant la période de 1921 à 1925 :

		Avortement	Rétention	acc. prémât. d'enf. vivants	Terme
<i>Syphilis non traitée :</i>					
1921....	66	14	22	13	17
1922....	85	4	20	24	37
1923....	25	2	14	6	3
1924....	51	7	5	29	10
1925....	47	3	5	6	33
	274	30	66	78	100
%		10.9	24.00	28.40	36,4
<i>Syphilis traitée :</i>					
1921....	58	1	1	1	54
1922....	50	0	1	5	43
1923....	70	0	0	24	45
1924....	41	1	0	15	25
1925....	96	3	0	49	46
	315	5	2	94	214
%		1,58	0,63	29,84	67,8

On voit que par les cas de syphilis non traités on a
a comme proportion :

Avortement	11	%
Rétention	24	%
Accouchements prématurés.	28,5	%
Terme	36,5	%

Et pour la syphilis traitée :

Avortement	1,58	%
Rétention	0,6	%
Accouchements prématurés	29,8	%
Terme	67,0	%

On peut donc dire que le traitement antisyphilitique agit au point de vue des produits de conception, en réalisant sur une courte période une évolution de même ordre que l'atténuation de la virulence qui se produit spontanément en de longues années dans une syphilis non traitée.

C'est ce que montre bien l'augmentation relative en apparence paradoxale des accouchements prématurés au cours de la syphilis traitée (30 % environ des cas) augmentation dont rend compte la diminution proportionnelle des avortements et des rétentions.

Par conséquent, ce qui est capital en matière de syphilis c'est la possibilité d'en prévenir les accidents par un traitement au cours de la grossesse.

C'est ce qui a justifié la création de dispensaires de prophylaxie annexés aux maternités.

Les données suivant lesquelles fonctionnent de telles organisations peuvent être précisées en étudiant le fonctionnement du dispensaire annexé à la Clinique Baudelocque (Thèse Rousset-Berthier, 1920).

Outre l'organisation de consultations régulières, un point sur lequel il faut insister est la nécessité d'un traitement « ambulat », n'entraînant pas l'hospitalisation des malades.

Quant aux modalités du traitement, le médicament électif est le novarsenobenzol.

Une notion capitale est l'intérêt de commencer le traitement le plus près possible du début de la grossesse. Les résultats étant d'autant moins certains que la thérapeutique a été instituée plus près du terme de la grossesse.

Le traitement complet comporte trois séries d'injections progressives de novarsenobenzol, séparées l'une de l'autre par un mois de repos.

Enfin pour donner à la lutte antisypilitique toute sa valeur sociale on est conduit à organiser le traitement du procréateur.

Les résultats d'une telle organisation sont remarquables, tant sur les statistiques de mortalité que sur celle des accouchements prématurés, comme on l'a vu sur le tableau ci-dessus.

Considérons maintenant une seconde catégorie de cas où il s'agit d'une grossesse non tarée en elle-même chez une femme malade : si l'œuf arrive à terme, il sera viable, à peu près normal.

Dans ce groupe entrent d'abord les cardiaques. Les cardiaques conduisent à l'accouchement prématuré dans la proportion de 18,3 % des cas, comme le montre la statistique portant sur les cas suivis à la Clinique Baudelocque de 1921 à 1925 (voir tableau).

Mais il faut distinguer entre les diverses cardiopathies.

Ce sont avant tout les lésions mitrales qui amènent des complications, en particulier le rétrécissement mitral, seul ou associé à une insuffisance mitrale.

Les myocardites d'origine diverse sont également mal tolérées.

Au contraire les lésions aortiques, les affections d'origine congénitale sont en général très bien supportées.

La thérapeutique préventive comporte essentiellement le repos au lit. Au dortoir dans les maternités.

La diététique classique.

La digitale.

Quel est le rôle de la tuberculose comme facteur d'accouchements prématurés?

Son action a été très diversement appréciée.

Nous avons relevé la proportion d'accouchements prématurés chez les tuberculeuses ayant accouché à la maternité pour tuberculeuses de la Clinique Baudelocque de 1922 à 1926, en considérant comme prématurés les enfants de moins de 2.500 grammes.

Nous rappelons les réserves générales faites plus haut sur les causes d'erreur par enfants de petit poids.

Il faut noter cependant que Lacomme, dans sa thèse, (1926) après avoir étudié dans deux chapitres différents la fréquence relative des accouchements prématurés et des enfants de petit poids chez les tuberculeuses, relie ces deux faits en concluant qu'« il n'est pas possible de ne pas faire le rapprochement entre ces interruptions prématurées de la grossesse et l'insuffisance pondérale des enfants ».

La statistique que nous avons faite (voir tableau à la fin) donne 73 accouchements prématurés sur 398 naissances : soit une proportion de 18,3 %.

Mais il est évident que ce résultat brut demande à être interprété, et qu'il importe en particulier de discriminer les cas de tuberculose en activité de ceux de tuberculose torpide, et de préciser les rapports de l'accouche-

ment prématuré et de la poussée évolutive tuberculeuse.

C'est ce qu'a fait Lacomme (thèse Baudelocque, 1926) qui a étudié à ce point de vue 114 malades :

Sur ces 114 tuberculeuses :

68 ont accouché à terme ou près du terme,

36 ont fait des accouchements prématurés (soit la proportion élevée de 52,9 %).

Si l'on cherche le rapport entre la date de l'accouchement et la gravité de la tuberculose, on trouve que :

Sur 68 femmes ayant accouché au neuvième mois : 23 meurent dans l'année.

Sur 24 femmes ayant accouché au huitième mois : 13 meurent dans l'année.

Sur 4 femmes ayant accouché au septième mois et demi : 1 meurt dans l'année.

Sur 5 femmes ayant accouché au septième mois : 4 meurent dans l'année.

Sur 1 femme ayant accouché au sixième mois : pas de mort dans l'année.

Il semble donc que les interruptions de la grossesse se rencontrent surtout chez les malades gravement atteintes.

Mais ces résultats ci-dessus peuvent être faussés par l'aggravation post. partum. Il est donc plus exact de rechercher la date de l'accouchement en fonction de l'activité de la tuberculose au cours de la gestation :

Sur 31 femmes avec activité de tuberculose dans le premier trimestre, 8 accouchements prématurés.

Sur 20 femmes avec activité de tuberculose dans le deuxième trimestre, 9 accouchements prématurés.

Sur 5 femmes avec activité de tuberculose dans le troisième trimestre, 4 accouchements prématurés.

Sur 18 cas de tuberculose non évolutive : 5 accouchements prématurés.

« Ces faits, dit Lacomme, semblent confirmer les faits mis en évidence par la statistique précédente. Les femmes dont la tuberculose est peu active résistent à leur maladie et accouchent presque toutes au voisinage du terme. Il y a d'autant plus d'accouchements prématurés que la poussée évolutive survient plus tardivement dans le courant de la gestation ».

Il pouvait être intéressant de chercher une confirmation indirecte de ces conclusions dans l'étude de la proportion d'accouchements prématurés chez les malades placées dans les meilleures conditions thérapeutiques, c'est-à-dire traitées par le pneumothorax artificiel.

Du tableau statistique que nous avons dressé (voir à la fin), portant sur les cas de femmes ayant un pneumothorax artificiel qui ont accouché à la maternité pour tuberculeuses de la Clinique Baudelocque de 1923 à 1926, il ressort que sur 47 femmes, 6 ont accouché prématurément soit une proportion de 12,6 %. Ce pourcentage est déjà notablement inférieur à la proportion trouvée chez les femmes non traitées par le pneumothorax. Il le devient encore beaucoup plus si l'on remarque que 3 des 6 cas d'accouchements prématurés concernent des femmes qui, malgré le pneumothorax ont continué à présenter des signes d'évolution tuberculeuse locaux et généraux, avec persistance des B. K. dans les crachats, deux de ces cas étant d'ailleurs bilatéralisés.

On est donc autorisé à conclure d'une part que la tuberculose non évolutive n'est pas une cause d'accouchement prématuré; d'autre part que l'interruption de la grossesse est d'autant plus fréquente que celle-ci s'accompagne d'une poussée évolutive plus grave.

Quant au diabète, son action sur la grossesse varie avec sa gravité : il est inutile d'insister sur l'opposition entre le diabète floride et le diabète consomptif.

Cause assez fréquente d'avortement, le diabète est aussi un facteur non négligeable d'accouchements prématurés.

Ceux-ci se produisent surtout du sixième au huitième mois.

Ils s'expliquent facilement par la fréquence au cours du diabète de l'hydramnios et de l'excès du volume fœtal.

Le traitement dépend de la gravité du diabète.

Suivant les cas, le régime restreint ou l'insuline seront mis en œuvre.

Au cours de la néphrite chronique confirmée, la grossesse est rare.

Quand elle survient, son pronostic varie avec la forme clinique des néphrites :

La forme chlorurémique est la plus bénigne, elle provoque néanmoins souvent l'accouchement prématuré vers le huitième mois.

Les formes azotémiques et hypertensives sont beaucoup plus graves : elles entraînent très fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré.

D'ailleurs si la régime déchloruré influe très heureusement sur l'évolution de la grossesse dans les premiers cas on se trouve à peu près désarmé devant les seconds.

Envisageons maintenant les accouchements prématurés provoqués par les troubles contemporains de la grossesse.

En premier lieu l'albuminurie gravidique.

L'étude des statistiques de fonctionnement annuelles de la Clinique Baudelocque de 1921 à 1925 donne pour cette cause une proportion de 17,6 %.

Ce ne sont pas les gros accidents de toxémie gravidique, les troubles de la série éclamptique, l'hématome rétro-

placentaire qui donnent des accouchements prématurés : ces accidents graves entraînent presque toujours la mort de l'enfant, et ne rentrent pas par conséquent dans le cadre de notre étude.

Ce sont les formes moyennes, moins brutales, qui agissent surtout par le mécanisme d'infarctus placentaires répétés, qui restreignent progressivement le champ de l'hématose fœtal.

Ce sont tous les cas de notre statistique où ont été trouvés les placentas dits « albuminuriques ».

Aussi ces formes demandent-elles souvent à être dépistées : il est inutile d'insister sur la nécessité de rechercher systématiquement l'albuminurie et de mesurer la tension artérielle au cours de la grossesse : tous les mois pendant la première partie, vers la fin tous les quinze jours, à la dernière période tous les huit jours.

C'est dire le rôle prophylactique que joue dans ce sens l'organisation des consultations annexées aux maternités.

Les pyélonéphrites peuvent entraîner assez fréquemment l'accouchement prématuré.

Legueu donne le chiffre de 25 % d'accouchements avant terme (in thèse Bœda-Baudelocque, 1920).

De la statistique de la Clinique Baudelocque sur les cas de pyélonéphrite allant de 1921 à 1925 on tire un pourcentage un peu inférieur : 20 % (voir tableau). Mais il s'agit ici de pyélonéphrites traitées.

Cette étude met en outre en évidence un autre point important. On note en effet que pour les pyélonéphrites, apyrétiques, la proportion d'accouchements prématurés est de 13,6 %, elle s'élève au contraire à 37 % pour les pyélonéphrites avec évolution fébrile.

Le traitement prophylactique est pour la plupart des

cas la thérapeutique médicale diététique et médicamenteuse, plus rarement, pour les formes sévères, la distension vésicale et le catéthérisme urétéral.

Dans tous ces cas de déficience maternelle la thérapeutique s'efforce d'améliorer la femme; mais la prolongation même de la gestation travaille à aggraver son état. Aussi est-ce dans ce groupe de faits que se pose le plus souvent le délicat problème de l'interruption de la grossesse.

Mais à côté de ces causes générales ou quelquefois sous leur dépendance l'accouchement avant terme peut être provoqué par toute une série de causes locales.

Considérons d'abord les accouchements prématurés par l'excès du volume de l'œuf.

C'est ainsi que les gémellaires accouchent prématurément dans une proportion non négligeable.

Si l'on relève les chiffres des accouchements gémellaires à la Clinique Baudelocque pendant la période allant de 1921 à 1925, on constate que la proportion des accouchements prématurés y est de 24.9 % (voir tableau statistique).

La thérapeutique prophylactique de ces accouchements est évidente, il faut éviter aux femmes présentant une grossesse double toute cause de fatigue supplémentaire, les maintenir au lit pendant les derniers mois de la grossesse, comme cela se pratique à la Clinique Baudelocque.

C'est donc dire encore l'importance du rôle des consultations prénatales et de l'organisation des dortoirs de femmes en couches à la maternité.

L'excès de volume de la grossesse peut prouver de l'hydramnios et ici la proportion relevée d'accouchements prématurés est de 16,4 % (voir tableau statistique de la période 21-25)

Aux considérations sur le repos nécessaire qui s'appli-

quent à ces cas comme aux cas gémellaires il faut ici ajouter la recherche de l'étiologie syphilitique et le traitement causal.

Enfin signalons seulement l'excès de volume fœtal, où l'accouchement prématuré évite la dystocie et l'accouchement prématuré provoqué a été envisagé dans ces cas.

D'autres causes locales peuvent intervenir, et deux sont particulièrement importantes : l'endométrite et l'insertion du placenta sur le segment inférieur, parfois conséquence d'ailleurs de l'endométrite.

Celle-ci se révèle comme un facteur particulièrement important d'accouchement prématuré.

Si l'on envisage en effet les accouchements où le diagnostic d'endométrite a été porté à la Clinique Baudelocque durant la période 1921-1925, et il faut entendre par là les cas où ont été constatées des lésions macroscopiques du placenta, on constate pour 183 accouchements : 67 accouchements prématurés et 51 avortements.

On est évidemment à peu près désarmé pour prévenir les accouchements prématurés dus à cette cause.

Le repos est le traitement classique mais reste trop souvent inopérant pour prolonger vers le terme un œuf mal greffé.

Quant à l'insertion basse, la proportion d'accouchements prématurés dus à cette cause se révèle plus importante encore puisque sur 243 cas d'insertion sur le segment inférieur relevés à la Clinique Baudelocque de 1921 à 1925, on compte 119 accouchements prématurés, soit une proportion de 49 %.

Le mécanisme de l'accouchement prématuré est ici souvent la rupture prématurée des membranes.

En résumé il y a là un ensemble de cas où l'accouchement prématuré résulte :

1° soit d'un excès de volume de l'œuf;

2° soit d'un vice d'insertion de l'œuf.

Il est évident que l'on est impuissant au point de vue thérapeutique devant les cas bien caractérisés.

Tout ce qu'on peut espérer, c'est dans les cas limités, par un repos prolongé, de permettre l'accommodation progressive de l'utérus, d'éviter tout traumatisme supplémentaire et de prolonger ainsi plus ou moins la grossesse vers son terme.

Reste à considérer une catégorie :

Celle des causes locales gênant le développement de l'œuf.

Les tumeurs d'origine pelvienne peuvent être une cause d'accouchement avant terme : le kyste de l'ovaire provoque dans 12 à 20 % des cas l'avortement ou l'accouchement prématuré (thèse Baudelocque, 1920). Il agit soit par la déviation utérine qu'il provoque, soit par son volume, soit par les adhérences ou les complications que la grossesse même peut favoriser chez lui.

Ici la thérapeutique est essentiellement chirurgicale. Encore est-il bon de discriminer les faits :

Quand le K. O. est diagnostiqué pendant les six premiers mois on pratique l'ablation. Pendant les trois derniers mois, les chances de provoquer l'accouchement prématuré deviennent assez grandes pour qu'on se borne à la surveillance de la grossesse jusqu'au moment du travail pendant lequel on intervient si le kyste est prévia : ablation et césarienne.

Enfin après l'accouchement spontané, ablation du kyste le plus tôt possible.

Les fibromes peuvent être également une cause d'accouchement avant terme. Il faut distinguer à ce point de vue différentes variétés :

Les fibromes sous-muqueux agissent pas endométrite. Ils provoquent souvent l'avortement. On doit essayer par le repos prolongé au lit, d'obtenir un enfant viable.

D'autre part les gros utérus fibromateux ne permettent souvent pas à la grossesse d'arriver à terme.

Un cas se prête mieux à la thérapeutique chirurgicale : Les fibromes bien isolés, uniques ou en très petit nombre, mais qui par un volume ou leur situation mettent obstacle au développement utérin.

La myomectomie pendant la grossesse est souvent une intervention d'une réalisation difficile, encore que dans les cas heureux elle permette de mener cette grossesse à terme.

Plus souvent, on fera une myomectomie secondaire, pour éviter le renouvellement des accidents à une grossesse ultérieure.

A côté de ces tumeurs juxtatérines ou utérines, se placent les malformations congénitales. Elles peuvent être de plusieurs types :

Signalons d'abord les utérus hypoplasiés : pratiquement utérus du type infantile avec antéflexion marquée.

Quand il y a fécondation, cette malformation donne lieu surtout à des avortements répétés, mais on peut voir, par accommodation progressive de la cavité utérine, la grossesse se prolonger de plus en plus et survenir des accouchements prématurés, plus tardivement des grossesses aller à terme.

Une malformation est à envisager : l'utérus double :

Soit l'utérus double proprement dit :

On a alors un utérus gravidé, dévié latéralement par une tumeur latéro-utérine qui est l'utérus vide.

La gêne à la distension de l'œuf qui résulte de cette

dualité entraîne la répétition d'avortements et d'accouchements prématurés (souvent au septième mois).

La thérapeutique consiste essentiellement à pratiquer pendant la gestation l'hystérectomie de l'utérus non gravide. Intervention qui est souvent facilitée par ce fait que la face d'accolement des deux utérus est très peu vascularisée.

Plus fréquente que la dualité totale est la dualité partielle à des degrés divers : utérus avec éperon, utérus bi-corne ou cordiforme, cas le plus souvent rencontré.

Les chiffres portant sur les cas d'utérus cordiformes de 1921 à 1925, à la Clinique Baudelocque, donnent pour 51 cas 9 accouchements prématurés, soit 19.6 %.

Dans de tels cas, la chirurgie n'a évidemment pas d'action possible.

CONCLUSIONS

De cette étude des causes et de la thérapeutique des accouchements prématurés, il paraît possible de tirer certaines conclusions générales :

1° La proportion des accouchements prématurés paraît être d'environ le quart des accouchements.

2° Cette fréquence peut être sensiblement réduite sous l'influence d'un ensemble de mesures prophylactiques et thérapeutiques.

En effet, on peut distinguer à cet égard trois groupes de causes parmi les accouchements prématurés :

A. *Premier Groupe.* — Comprend les faits où, par suite de la déficience maternelle, l'accouchement prématuré peut paraître en principe souhaitable et où on peut même parfois être amené à envisager l'accouchement prématuré provoqué.

Cette catégorie comprend d'ailleurs un nombre restreint de cas.

D'une part :

a) Femmes gravement malades avant leur grossesse : cardiaques graves, diabète grave, tuberculose bilatérale évolutive.

b) Femmes chez lesquelles la grossesse est la cause d'accidents dangereux :

a) Albuminurie gravidique irréductible.

b) Pyélonéphrites graves.

B. *Deuxième Groupe.* — Rassemble les cas où l'accouchement prématuré dû à l'existence d'une tare générale de la mère ou d'une cause locale peut être évité par une thérapeutique médicale ou chirurgicale appropriée.

a) Tuberculose unilatérale traitée par le pneumothorax.

b) Syphilis surtout où triomphe la thérapeutique prophylactique, d'où l'extrême importance que présente l'organisation de dispensaires analogues à celui qui fonctionne à la clinique Beaudelocque.

c) Dystosies chirurgicales : kyste de l'ovaire, fibrome, utérus double, etc...

C. *Troisième Groupe.* — Le plus important peut-être, sur lequel a insisté le Professeur Pinard, est celui où les femmes saines accouchent cependant prématurément (par accident) à cause des mauvaises conditions hygiéniques et sociales où elles se trouvent.

C'est ici que prend toute son importance l'organisation de consultations prénatales, des asiles et des dortoirs de maternité permettant de mettre les femmes au repos pendant les derniers mois de leur gestation.

En résumé, la thérapeutique des accouchements prématurés est essentiellement prophylactique, elle doit s'exercer à longue échéance et nécessite la création d'organisations médico-sociales annexées aux maternités, telles qu'elles sont réalisées à la clinique Beaudelocque.

Vu le Doyen :
BALTHAZARD.

Vu le Président :
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

TABLEAUX STATISTIQUES

Les tableaux suivants de même que ceux qui sont intercalés dans le texte (à l'exception de la statistique Pinard prise in thèse Vrigny Baudelocque 1920) et plus généralement tous les chiffres de cette étude ont été établis d'après les chiffres du fonctionnement de la Clinique Baudelocque des années 1921 à 1925.

Les statistiques concernant la syphilis sont intercalées dans le texte.

TABLEAU IV

PYELONEPHRITES

	Total			Prématurés	Total
1921	22				2
1922	22				4
1923	17	<i>Apyrétiques</i>	9	1	4
		<i>Fébriles</i>	8	3	
1924	13	<i>Apyrétiques</i>	4	1	5
		<i>Fébriles</i>	8	4	
1925	21	<i>Apyrétiques</i>	9	1	9
		<i>Fébriles</i>	8	8	
				15	
	95		22	24	3
				15	24
				13.6	37
					20

TABLEAU III

	Inurition sur le segment inf.		Endométrite :			Utérus codirome	
			Total : Prémat. avort.			Total : Prémat.	
1921	50	12	53	19	20	8	1
1922	53	23	43	15	14	18	2
1923	87	53	31	19	8	9	0
1924	53	31	23	15	4	»	—
1925	?	17	33	9	5	16	6
			183	67	51	41	7
%		49		35.6	27.3		9.5

TABLEAU I

	Albumineries de la gestation		Cardiopathies		Gemellaires		Hydramies	
	Total	Prémat.	Total	Prémat.	Total	Prémat.	Total	Prémat.
1921	92	19	25	3	32	9	54	6
1922	74	30	16	0	37	13	44	8
1923	94	11	19	4	34	4	36	2
1924	112	19	20	9	35	7	13	5
1925	249	37	28	4	21	6	8	3
Totaux :	621	101	109	20	138	33	155	24
% :		17.7		18.3		23.9		16.4

TABLEAU II

TUBERCULOSE

	Tuberculose non traitée par le pneumothorax		Tuberculose traitée par le pneumothorax artificiel	
	Total	Prématurés	Total	Prématurés
1922	7	0	—	—
1923	53	8	8	2
1924	65	9	6	1
1925	119	24	7	1
1926	130	27	26	2
Totaux :	398	73	47	6

BIBLIOGRAPHIE

Bachimont. — *Thèse Paris*, 1898.

Rousset Berthier. — *Thèse Paris*, 1920.

Boeda. — *Thèse Paris*, 1920.

Devraigne. — *Leçon Beaudelocque*, 1925.

Fruhingholz. — *Discussion d'un cas d'accouchement prématuré à répétition* (Bull, obstétrique et gyn. de Paris, 1925, p. 183).

Lacomme. — *Thèse Paris*, 1926.

Pery. — *Accouchement provoqué par excès de volume du fœtus* (Bull, Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1924, p. 112).

Pinard. — *Revue d'hygiène et de thérapeutique sanitaire*, n° 5, novembre 1918, page 649.

Seropian. — *Fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré*. Thèse Paris, 1907.

Vermelin. — *Accouchement prématuré à répétition* (Bull. d'obst. et de gyn. de Paris, 1925, p. 183).

Vrigny. — *Thèse Paris*, 1919.



LES IMPRIMERIES ASSOCIÉES
36, RUE GODOT-DE-MAUROY
PARIS-IX^e





